

Meilleurs vœux
de bonne et heureuse
année **2012** à tous



DÉCEMBRE 2011

- page 04** **Éditorial** — Jacques Fusciardi
- page 08** **Accréditation des médecins**
- Nouveau programme Gestion des risques 2011
 - Le CFAR recrute des experts
- page 12** **EPP et programme gestion des risques**
- RMM et validation EPP — Georges Romero
 - La check-list au bloc opératoire — I. Verheyde, V. Piriou
 - Les programmes d'EPP à votre disposition
 - Registre AVK : Quel suivi des recommandations HAS en situation programmée préopératoire ?
- page 26** **FMC**
- La FMC labellisée par le CFAR
 - La FMC en ligne : QCM d'auto-évaluation
- page 28** **Annonces**
- Lauréats des Prix CFAR 2011
 - Le CFAR aux congrès JEPU

LETTRE INFO N°32
DÉCEMBRE 2011
© tous droits réservés

Publié par le CFAR :
COLLÈGE FRANÇAIS
DES ANESTHÉSISTES-
RÉANIMATEURS
Paris, 2011

Responsable
de publication
Froohid Lorin
contact@cfar.org



CFAR

74 rue Raynouard
75016 Paris

plus d'infos sur :
www.cfar.org



« L'ACCREDITATION DES MEDECINS : GRANDEUR ET SERVITUDE »

JACQUES FUSCIARDI
PRÉSIDENT

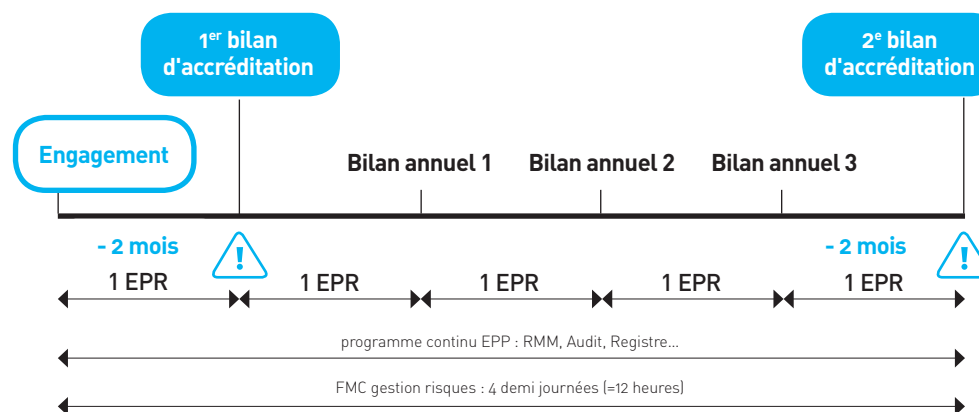
C'est quoi et cela sert à quoi?

- La mortalité et morbidité grave de l'anesthésie en France, c'est actuellement 10-5 (tous patients confondus), comme vous le savez depuis la dernière enquête nationale SFAR-INSERM 1996-99.
- L'objectif, c'est de s'approcher des "systèmes ultra sûrs", c'est-à-dire avancer vers 10-6
- Une méthode privilégiée pour y parvenir, c'est : l'analyse systémique des événements indésirables, de façon à identifier quelle en fut la cause immédiate, quelle est (en sont) la (les) cause (s) racine (s) (ou structurelle) qu'il faut dépister et corriger, sinon le risque demeurera.

Donc l'Accréditation est une méthode de gestion des risques pour espérer réduire encore la morbi-mortalité : **C'est un effort collectif pour la sécurité des patients.**

Mais alors la difficulté, c'est quoi?

C'est que la démarche de validation reste mal connue. Penchons-nous à nouveau sur l'échéancier avec le schéma suivant qui précise les obligations des médecins engagés : Or, les adhérents engagés sont nombreux à faire preuve de négligence.



Et aujourd'hui, nous avons un problème immédiat :

- 168 bilans d'accréditation sont manquants
- 1775 bilans annuels sont manquants
- et le nombre de déclarations d'EPR baisse de façon significative

Et Alors ?

Alors tout s'arrêtera si ces bilans ne sont pas déclenchés par les collègues engagés dans la procédure d'Accréditation : la HAS sera contrainte d'exclure les collègues qui ne suivent pas les obligations que cette procédure leur demande, et le CFAR ne pourra pas vous sauver. De plus, vous serez contraints de rembourser l'aide assurantielle que la CPAM vous a versée.

«Notre rôle à nous, Collège, c'est de vous alerter et de vous aider:»

Nos experts accréditation sont mobilisés; nos permanents au siège le sont aussi. Si vous êtes perdus, appelez-nous ! Chaque collègue éliminé de l'Accréditation, c'est une régression de la culture gestion des risques et sécurité en Anesthésiologie. Le contenu du programme et tous les renseignements et détails complémentaires de la procédure ont à votre disposition sur www.cfar.org.

IMPORTANT!

→ **BILANS D'ACCREDITATION EN RETARD :**
dead line : fin décembre 2011

Vous DEVEZ IMPÉRATIVEMENT déclencher ces bilans sur le site internet <https://accreditation-des-medecins.fr/public/>. Si pour cela vous avez besoin d'aide contacter le siège social du CFAR au 01 45 20 32 05 ou par courriel à contact@cfar.org. Vous pourrez également être contacté par nos experts chargés également de vous aider.

→ **BILANS ANNUELS EN RETARD :**
dead line : fin mars 2012

Vous DEVEZ IMPÉRATIVEMENT déclencher ces bilans sur le site internet <https://accreditation-des-medecins.fr/public/>.

Au-delà de ces délais indiqués précédemment, la HAS exclura de la procédure les collègues aujourd'hui engagés et n'ayant pas validé leurs bilans.

→ **ET LES EPR ?**

Il faut les DÉCLARER, sinon tout ça ne sert à rien! Consultez le NOUVEAU PROGRAMME (dans cette lettre info) qui vous permet la déclaration de TOUS les Evènements Porteurs de Risques (EPR).

NOUVEAU PROGRAMME DE GESTION DES RISQUES

Les trois thèmes retenus en 2008 pour les EPR ciblés se sont révélés trop restrictifs. En effet, bon nombre de médecins engagés ont eu des difficultés à déclarer des EPR sur ces thèmes. Aussi, nous avons élargi le champ de déclaration d'EPR

Choix élargi d'EPR ciblés :

- Retard transfusionnel.
- Erreur d'administration d'un médicament.
- Accès difficile aux voies aériennes non prévu.
- Extubation non programmée.
- Hypotension artérielle à l'induction anesthésique.
- Conflit relationnel avec un patient et/ou sa famille.
- Défaillance dans la prise en charge d'un patient sous AVK.

De plus, vous pouvez maintenant déclarer un EPR non ciblé:

L'EPR non ciblé doit obligatoirement être lié à l'activité de soins dans laquelle le praticien déclarant était directement impliqué (à l'exclusion des conflits de personnes entre professionnels). Vous devez déclarer au moins un EPR par an, qu'il soit ciblé ou non ciblé.

Vous pouvez déclarer un EPR sur le même thème à plusieurs reprises.

Recommandations à mettre en œuvre :

Il s'agit pour vous de mettre en œuvre ces recommandations :

- Réduire le risque lié à un contrôle non prévu difficile des voies aériennes supérieures.
- Prévenir le risque d'erreur d'administration des médicaments en anesthésie et en réanimation.
- Prévenir le retard transfusionnel en anesthésie et en réanimation.
- Prise en charge des surdosages, des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier.
- Mise en place de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire ».
- Recommandation pour la pratique de l'antibioprophylaxie en chirurgie (SFAR) en vigueur.

Activités d'accompagnement :

- Engagement continu dans un programme d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dont la participation à des Revue de morbidité mortalité (RMM).
- Participation à des actions de FMC centrées sur la gestion du risque en anesthésie réanimation (12 heures sur 4 ans).

LE CFAR RECRUTE!

Afin de poser
votre candidature,
merci d'écrire à
Mme Froohid Lorin
par courriel à
florin@cfar.org

Charge de travail:

L'expert s'engage à accompagner 50 médecins engagés tout au long de leur démarche d'accréditation (analyse des EPR + bilans chaque année) en respectant les étapes réglementaires. Une analyse d'EPR est estimée à 2 heures de travail. La rémunération est d'environ 200 euros par EPR analysé. Le temps de travail est estimé à environ 150 à 200 heures par an.

DES «EXPERTS ACCRÉDITATION»

→ Prérequis:

Anesthésiste réanimateur
Exercice libéral ou salarié indifférent.

Activité d'Expert Accréditation:

Accompagnement des anesthésistes réanimateurs engagés dans la procédure d'accréditation, pour :

- Analyser avec eux les Evènements Porteurs de Risques (EPR) qu'ils doivent déclarer chaque année.
- Faire chaque année un point quant à leurs obligations, par le biais d'un bilan annuel.

Formations et réunions obligatoires:

- Une formation de 3 jours à la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la méthode Alarm ainsi que sur le système d'information qui régit l'Accréditation des médecins.
- Une formation d'une journée au siège du CFAR concernant les procédures et le travail d'expert au CFAR.
- Trois réunions annuelles de suivi et d'information au siège du CFAR.

LA REVUE MORBI-MORTALITÉ : UNE EXCELLENTE METHODE D'EPP ET DE GESTION DES RISQUES

GEORGES ROMERO
CONSEIL SCIENTIFIQUE D'EPP

La RMM est une obligation en anesthésie-réanimation :

La loi sur l'assurance maladie de 2004, a rendu obligatoire l'EPP pour tous les médecins. Or, la Revue de Morbi-Mortalité est une méthode d'EPP qui valide cette obligation. Aujourd'hui, depuis la certification des établissements V2010, la mise en œuvre des RMM en anesthésie-réanimation est obligatoire, ainsi qu'en chirurgie et en cancérologie. Il en est de même, lorsque l'on est engagé dans la démarche d'Accréditation des pratiques à risque ; en effet, il est demandé aux médecins, volontairement engagés, d'évaluer leur pratique, notamment par la RMM.

La RMM permet donc de faire d'une pierre deux coups (voire trois) : répondre aux obligations d'EPP, aux obligations de la V2010, et le cas échéant d'engagement dans l'Accréditation.

La RMM est une méthode d'Evaluation des Pratiques Professionnelles :

La RMM est une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle fait partie des méthodes d'EPP, lorsqu'elle répond aux critères définis par la HAS. Afin de recevoir une validation, la RMM doit être pérenne depuis plus d'un an, son fonctionnement doit être défini par un règlement intérieur, et elle doit faire l'objet d'un bilan annuel d'activité comprenant le suivi des actions d'amélioration. Vous pouvez retrouver le détail des critères de qualité d'une RMM dans le document check-list qualité RMM sur le site internet du CFAR.

Lorsque la RMM répond à l'ensemble des critères du tableau, les médecins qui participent activement et régulièrement, peuvent faire valoir cette démarche EPP.

Comment s'informer et se former à la RMM ?

Le CFAR est l'organisme agréé par la HAS, dans le cadre de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles ainsi que l'Accréditation des Médecins.

Vous pouvez trouver sur le site du CFAR www.cfar.org l'ensemble des documents nécessaires pour vous aider à comprendre ce qu'est une RMM. Vous trouverez également, des documents vous facilitant la mise en place d'une RMM. Il s'agit de modèles types de règlement intérieur, de comptes rendus, de fiches de suivi, de bilan annuel, etc... Ainsi que des documents d'aide à l'analyse d'un évènement.

En ce qui concerne la formation à la RMM, le CFAR propose régulièrement, des interventions dans différents congrès nationaux, SFAR et JEP. Ces interventions, labélisées Gestion des Risques, sont assurées par des praticiens ayant une grande expérience des RMM ; elles ont pour but d'aider à la mise en place d'une RMM, en vous proposant quelques astuces pour vous faciliter la tâche, et également en vous

présentant l'analyse de cas concrets ayant fait l'objet de RMM.

Les prochaines formations auront lieu au congrès du JEPU en mars 2012 ; vous trouverez le programme dans cette lettre info.

Un exemple de mise en place d'une RMM fonctionnant depuis plus de 2 ans dans une équipe d'anesthésie :

En 2009 une équipe d'anesthésie décide de mettre en place une RMM. Un des membres de l'équipe, qui a une sensibilité aux démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques (sans être forcément un spécialiste) est nommé « responsable RMM ». Ce référent, s'informe sur la mise en place d'une RMM en téléchargeant l'ensemble des documents sur le site du CFAR www.cfar.org.

Il rédige, à l'aide des documents téléchargés, un règlement intérieur, qu'il intitule « charte de fonctionnement de la RMM du Service d'Anesthésie Réanimation de ... »
Cette charte définit l'ensemble du fonctionnement de la RMM, l'objectif, la fréquence des réunions, le mode de sélection des cas, le rôle de chacun dans la RMM, etc.... Ce règlement est adressé à l'ensemble des membres de l'équipe qui en prennent connaissance.

Une première réunion est fixée 3 mois après le début de la démarche. Au cours de cette réunion, la charte est adoptée après quelques corrections, le calendrier des réunions est programmé pour l'année qui suit (4 RMM d'1h30, tous les 3 mois pour l'analyse de 2 cas maximum à chaque réunion), enfin, un exemple d'analyse d'un « presque-accident » téléchargé sur internet est présenté à l'équipe.

Puis, les 2 années sont passées avec l'analyse de différents évènements ayant abouti à la mise en place d'actions d'amélioration, et une grande majorité de l'équipe s'est formée à la RMM. L'objectif de cette équipe était d'améliorer la qualité et la sécurité des soins en discutant collégialement des mesures correctrices, et également d'améliorer la RMM elle-même. C'est pourquoi la dernière réunion de l'année est consacrée au bilan de l'année passée, aux axes d'amélioration de la RMM et la mise à jour de la charte de fonctionnement.

Exemple de déroulement d'une réunion dans une structure où la RMM est bien encrée :

La date et le lieu de la RMM sont fixés un an à l'avance. Une convocation par mail est adressée par le référent RMM, un mois avant la réunion, à l'ensemble des membres de l'équipe, ainsi qu'à toutes les autres personnes directement concernées par l'évènement. Cette convocation rappelle les date, lieu et heure de la réunion ; ainsi que l'intitulé (totalement anonymisé) des évènements qui seront analysés.

Le choix de l'évènement étudié, est sous la responsabilité du référent RMM. Cet évènement est souvent extrait des fiches de signalement d'incident, ou parfois tout simplement par le « bouche à oreille ». Le cas est le plus souvent préparé et présenté par celui qui a vécu l'évènement. Une première analyse des causes est faite en amont de la RMM et présenté aux différentes personnes qui ont participé directement à l'incident, ce qui permet de s'assurer de l'absence de conflit et également de l'aval de tous sur la description des faits. Une semaine avant la RMM, un mail de confirmation est adressé.

Le jour de la RMM, l'animateur débute la réunion par la désignation d'un secrétaire, puis il résume les évènements et les mesures correctrices de la RMM précédente. Il vérifie auprès des responsables l'état d'avancement des actions d'amélioration dont ils sont chargés. En suite, démarre la description totalement anonymisée de l'évènement analysé avec les facteurs favorisant qui ont été mis en évidence. A la fin de la présentation, une discussion s'installe sous la direction de l'animateur, puis au cours d'un tour de table, différentes actions correctrices sont proposées et celles qui paraissent être les plus pertinentes sont adoptées ; un responsable est alors désigné. Ces mesures correctrices seront suivies au début de chaque RMM, jusqu'à leur aboutissement.

La réunion se termine par le rappel de la date du prochain rendez-vous, et par des questions diverses. Un compte rendu est rédigé par le secrétaire de séance, et est adressé à tous les participants avec les documents de présentation. Le référent mettra à jour le tableau d'activité de la RMM, permettant ainsi aux médecins qui participent activement et régulièrement de faire valoir cette démarche EPP.

Il s'agit uniquement d'un exemple de fonctionnement d'une RMM qui évolue sans cesse, depuis plusieurs années. Il n'y a pas de règles formelles de déroulement en dehors des critères de qualité d'une RMM, définis par la HAS.

L'objectif qu'il faut garder en tête, est la mise en place d'une culture de la sécurité, par l'analyse rétrospective et collective d'évènement survenant au cours de la prise en charge de nos patients.

« **CETTE CHARTE DÉFINIT L'ENSEMBLE DU FONCTIONNEMENT DE LA RMM, L'OBJECTIF, LA FRÉQUENCE DES RÉUNIONS, LE MODE DE SÉLECTION DES CAS, LE RÔLE DE CHACUN DANS LA RMM, ETC...** »

« **L'OBJECTIF QU'IL FAUT GARDER EN TÊTE, EST LA MISE EN PLACE D'UNE CULTURE DE LA SÉCURITÉ, PAR L'ANALYSE RÉTROSPECTIVE ET COLLECTIVE D'ÉVÈNEMENT SURVENANT AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE DE NOS PATIENTS.** »

LA CHECK-LIST AU BLOC OPÉRATOIRE: UN OUTIL DE GESTION DES RISQUES

ISABELLE VERHEYDE
COMMISSION ACCRÉDITATION

VINCENT PIRIOU
CONSEIL SCIENTIFIQUE D'EPP

Pierre-Paul et Jacques « check » la liste !

« Toute ressemblance avec des événements réels ou des personnages existants serait purement fortuite »

Pierre-Paul rencontre son collègue Jacques au congrès de la SFAR. Tous deux anciens internes dans les années 90 installés en libéral, ils ne se sont pas revus depuis leurs études au CHU.

Pierre-Paul: « Salut, tu vas bien ? Je vais à la session check-list, tu viens avec moi on se racontera nos dernières années après la session »

Jacques: « Ah bon, tu y crois toi à la check-list ?! Nous on a essayé ! Ça ne marche pas, alors on coche et tout le monde est content! »

Pierre-Paul: « Ah oui ! Chez nous cela a bien pris...quelques difficultés d'organisation au début mais globalement on en est tous très content. »

Pas plus tard que la semaine dernière...

On s'est aperçu en faisant le débriefing avant d'endormir le patient que la prothèse qui devait être posée avait été posée la veille dans l'après midi par un autre chirurgien.

Alors, le chef de bloc a dû faire venir une autre prothèse en urgence (l'autre clinique étant à 1 km) avant d'endormir le patient. Cela a évité que l'on endorme le patient plus longtemps ou d'attendre une prothèse avec un patient endormi et l'intervention débutée, voire que l'on bouleverse le programme et que l'on perde du temps en appelant un autre patient pas encore prêt dans les étages.

Tu vois, la check liste a permis d'éviter de prendre du retard, d'éviter une situation de stress, et en plus on a pu déclarer ce dysfonctionnement à une cellule spécifique d'analyse au bloc ; C'est un Événement Porteur de Risque que j'ai déclaré. Cet EPR pourra alimenter par la suite les RMM que nous organisons, et pourra même me servir dans mon programme individuel dans le cadre de l'accréditation.

« TU VOIS, LA CHECK LISTE A PERMIS D'ÉVITER DE PRENDRE DU RETARD, D'ÉVITER UNE SITUATION DE STRESS, ET EN PLUS ON A PU DÉCLARER CE DYSFONCTIONNEMENT À UNE CELLULE SPÉCIFIQUE D'ANALYSE AU BLOC. »

Tiens, ça me fait penser qu'il y a un an, on ne faisait pas encore la check-list. **Un patient était programmé** pour un geste sur l'aorte par voie chirurgicale. Le patient a été endormi, je demandais d'installer le cell-saver, et on m'informe qu'il n'y a plus de set de cell saver car dans la nuit ils avaient utilisé le set de réserve suite erreur de manipulation. On a toujours deux sets... bref, j'ai donc dû commander du sang, **j'étais serein**, le chirurgien avait de l'expérience, **et là pas de bol ; ça se met à saigner...** j'ai dû utiliser les culots d'urgence vitale. **Tu imagines l'ambiance !!** Heureusement qu'il n'y avait pas une hémorragie du post partum en même temps. **Tu vois, si nous avions réalisé la check List, on aurait travaillé plus sereinement.**

Il faut se parler avant ensemble, en équipe, c'est je crois, la meilleure façon d'éviter les problèmes ; en parler avant. Moi aussi je pensais comme toi, depuis le mois de janvier où la check-list est obligatoire, on a réappris à se parler quelques minutes avant et après le bloc dans la salle d'opération, deux minutes par patient pas plus, cela n'a pas été simple, mais crois moi tout le monde ressent l'effet de cette discussion : des infirmières aux médecins, **cela resserre l'équipe, on ne perd pas de temps, on n'en gagne pas non plus c'est vrai, mais on travaille mieux.**

Et puis, cette procédure a aussi une composante médico-légale, c'est obligatoire depuis le 1er janvier 2010. **Mais méfies toi**, parce que sans discussion avant ou après le bloc, ça ne sert effectivement pas à grand chose !

Jacques : « Bon ok tu m'as convaincu, je viens avec toi, en plus j'ai vu que c'est aussi une obligation du programme d'accréditation ».

La check-list au bloc opératoire Oui, un outil pour réduire les risques... mais pas n'importe comment !

La **Check-list** au bloc opératoire est obligatoire depuis janvier 2010 dans les établissements de santé. C'est un outil formidable qui permet de faire émerger et discuter les dysfonctionnements organisationnels.

La mise en place de la check-list dans nos blocs opératoires ne peut pas être implémentée sans qu'un travail important dé-

«
IL FAUT SE
PARLER AVANT
ENSEMBLE, EN
ÉQUIPE, C'EST
JE CROIS, LA
MEILLEURE
FAÇON D'ÉVITER
LES PROBLÈMES
; EN PARLER
AVANT.

»

«
IL S'AGIT D'UN
CHOC CULTUREL
PERMETTANT
DE DÉMASQUER
DES DYSFONC-
TIONNEMENTS
AU SEIN DE NOS
ORGANISATIONS
CLOISONNÉES QUI
PRÉSENTENT UN
DÉFAUT MAJEUR
DE COMMUNICA-
TION.

»

crivant les différentes étapes n'ait été réalisé en amont. Ce travail nécessite que les 5 corps de métier qui travaillent au sein du bloc opératoire (Anesthésiste-réanimateur, chirurgien, IADE, IBODE, aide-soignant) se réunissent et définissent ensemble, d'un commun accord à travers des discussions ouvertes, la façon de remplir chacun des différents items : quelles sont les différentes étapes pour s'assurer de la bonne identité du patient ?, comment le côté à opérer est-il vérifié ?, et si les concordances ne sont pas respectées, quelles sont les procédures dégradées à appliquer ? Chacun des différents items de la check-list nécessite ce travail de réflexion en amont, à savoir quelles sont les différentes étapes permettant de remplir les items.

Cette check-list de bloc opératoire est un merveilleux outil qui peut aider à améliorer la communication ; le défaut de communication étant lié à la survenue d'événements indésirables. Au sein des blocs opératoires, les événements indésirables sont souvent non dits, camouflés ou étouffés, et ils ressortent parfois brutalement surmédiatisés. La mise en place de la check-list peut avoir des conséquences à connotation médico légale qui pourrait contribuer à protéger le personnel de bloc opératoire, en cas d'incident, si elle est (bien) réalisée. Afin d'améliorer la culture de sécurité et de promouvoir l'utilisation de la check liste, **il importe de communiquer amplement avec les différentes équipes de bloc opératoire sur les cas rapportés pour lesquelles la check-list a permis d'éviter un incident :** erreur de patient ou de côté évitée, incision évitée car on s'aperçoit que le matériel prothétique n'est pas présent, reprise précoce des anticoagulants postopératoires en raison d'un risque thrombotique important rappelé grâce à l'étape de communication entre chirurgien et anesthésiste en fin d'intervention...

En conclusion, la check-list est arrivée brutalement dans nos blocs opératoires, sans que nous n'y soyons préparés. **Il s'agit d'un choc culturel permettant de démasquer des dysfonctionnements au sein de nos organisations cloisonnées qui présentent un défaut majeur de communication.** C'est une bonne occasion pour améliorer la culture de sécurité. Une mutation dans nos organisations est en train de se produire et il nous faut saisir cette opportunité.

Vous trouverez tous les documents d'information et d'aide sur www.cfar.org, rubrique « EPP », « Check-list ».

REGISTRE AVK : QUEL SUIVI DES RECOMMANDATIONS HAS EN SITUATION PROGRAMMÉE PREOPÉRATOIRE ?

ANNICK STEIB / EMMANUEL MARRET /
VINCENT PIRIOU / PIERRE ALBALADEJO
CONSEIL SCIENTIFIQUE D'EPP

Le CFAR avec l'aide de la HAS a initié la participation à un registre national dont les objectifs étaient d'évaluer l'adhésion aux recommandations publiées en 2008 concernant la prise en charge périopératoire des patients sous AVK. Les fiches remplies durant l'année 2010 ont été exploitées. La première partie de l'analyse s'intéresse à la prise en charge préopératoire en situation programmée. Elle a fait l'objet d'une présentation sous forme de poster lors du dernier congrès de la SFAR. Les centres qui le souhaitent peuvent contacter le CFAR pour obtenir leurs données propres afin de les exploiter et d'améliorer leur pratique.

Introduction

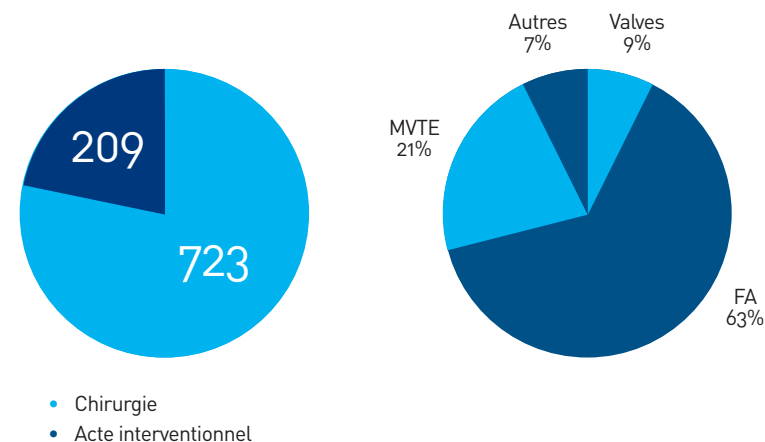
Les recommandations HAS concernant la gestion périopératoire des AVK ont été publiées en 2008 [1]. L'objectif du registre AVK mis en place par le CFAR avec l'aide de la HAS a pour objectifs d'évaluer l'adéquation entre ces recommandations de bonne pratique et leur suivi.

Méthodes

- Déclarations enregistrées du 15/10/09 au 31/12/10.
- Registre informatique (Clininfo®) comportant 7 fiches (données démographiques, acte prévu, indications du traitement AVK, gestion pré et postopératoire en situation programmée et d'urgence, complications).
- Critères analysés pour la phase PREOPERATOIRE (1ère partie de l'exploitation des données) en situation PROGRAMMEE: bien fondé de la prescription ou non d'un relais en fonction de la pathologie (VM, FA, MVTE), emploi de doses curatives, réalisation de 2 injections pour valves et FA, suivi INR la veille de l'OP, programmation opératoire matinale.
- Calcul du taux de conformité par rapport aux Recommandations

Résultats

- 79 centres ; 976 fiches dont 932 exploitables
- 837 actes programmés dont 636 actes chirurgicaux et 201 actes interventionnels
- 215 maintien AVK,
- 622 arrêt préOP dont 428 relais et 194 sans relais
- HBPM 354, HNFsc 46, HNFiv 5, **Fondaparinux 23**



TYPE ACTE		TYPE CHIRURGIE			
GE	159	ophtalmo	173		
Cardio, pneumo	20	orthopédie	164		
Rx	7	digestif	81		
Uro	7	urologie	66		
Autre	8	vasculaire	34		
		ORL/maxillo	34		
		gynéco	30		
		autre	51		
		AVK	VM	FA	MVTE
VM	75	Maintien	15	133	48
FA	68	Arrêt	60	395	126
MVTE	91	Relais	58	243	93
		Pas relais	2	152	33
TOTALE	234				

	NOMBRE	TAUX CONFORMITÉ / RECOMMANDATIONS
Facteurs risque présents et absence de relais	23/175	87%
Relais réalisé et absence facteurs risque	23/175	40%
Doses non curatives enoxaparine [90-110UI/kg/dose]	190/269	30%
Nombre d'injections enoxaparine /jour → 2 si VM/FA	50/188	73%
INR non mesuré la veille de l'acte	278/837	67%
Acte non programmé le matin	221/789	72%

Discussions

Ces résultats illustrent le différentiel entre des recommandations de bonne pratique largement diffusées au sein de notre spécialité et leur application au quotidien. En situation réglée, ils révèlent des potentiels d'amélioration dans le cadre de la prescription ou non de relais, des posologies requises, du nombre d'injections/j, du monitoring d'INR et de la programmation opératoire. Ces indicateurs pourront faire l'objet d'une démarche individualisée de chaque centre qui sera destinataire sur demande de ses propres résultats. Une reconduite du registre est prévue dans un second temps.

Références

Prise en charge des surdosages en antivitamines des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par AVK en ville et en milieu hospitalier. Recommandations HAS 2008.

ÉVALUER VOTRE PRATIQUE

Les Programmes d'EPP à votre disposition sur www.cfar.org

THÈME DU PROGRAMME D'EPP

• Anesthésie

Dossier d'Anesthésie
Douleur Postopératoire
Antibioprophylaxie
Revue Morbi-Mortalité (RMM)
Transfusion
Staff EPP
Salle de Surveillance Post Interventionnelle (SSPI)
Prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse périopératoire et obstétricale
Amygdalectomie chez l'enfant
Intubation Difficile
Prise en charge de l'arrêt cardiaque en établissement de santé
Gestion périopératoire des AVK
Prévention des erreurs médicamenteuses en anesthésie réanimation
Prise en charge des Nausées et Vomissements Postopératoires
Anesthésie Loco Régionale Pédiatrique
Prise en charge nutritionnelle préopératoire
Prévention du risque allergique immédiat périopératoire –
organisation de la prise en charge du patient allergique
Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire

MÉTHODE D'ÉVALUATION

Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Revue Morbi-Mortalité
Audit Clinique
Staff EPP
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique

Chemin clinique

• Réanimation

Staff EPP
Revue Morbi-Mortalité (RMM)
Remplissage Vasculaire
Ventilation Non-Invasive
Prise en charge du sepsis grave
Prise en charge de l'arrêt cardiaque en établissement de soins
Prise en charge de l'Insuffisance rénale aiguë en réanimation
Gestion de la Glycémie
Sédation-analgésie en réanimation

Staff EPP
Revue Morbi-Mortalité
Audit et Chemin Clinique
Audit Clinique
Audit et Chemin Clinique,
Audit Clinique
Chemin Clinique
Audit Clinique
Audit Clinique

LA FMC LABELLISÉE PAR LE CFAR

Cette année le CFAR a labellisé 110 formations (= 1292 heures de FMC) en anesthésie réanimation. Il s'agit d'un nombre constant de FMC labellisées depuis une dizaine d'années. Parmi ces formations, 54 ont été labellisées gestion des risques pour une durée totale de 286 heures. Cela montre et démontre l'intérêt et la confiance de notre discipline en son Collège ; et nous ne pouvons que nous en réjouir et continuer notre travail mené jusqu'à ce jour pour que notre spécialité soit parmi les plus sécurisées... Consultez les FMC labellisées sur www.cfar.org dans « Agenda FMC »

Palmarès d'organisation de la FMC dans les régions :

Région	Nombre	Heures
Ile-de-France	19	272
PACA	16	118
Rhône-Alpes	16	157
Aquitaine	7	71
Lorraine	7	48
Pays de la Loire	7	87
Bretagne	6	61
Nord Pas de Calais	5	71
Outre mer	5	93
Alsace	3	49
Normandie	3	43
Poitou Charente	3	12
Etranger	3	38
Auvergne	2	64
Bourgogne	2	36
Centre – Champagne Ardennes	2	19
Midi-Pyrénées	2	41
Picardie	2	12

LA FMC EN LIGNE

"Je fais de la FMC de façon agréable... depuis mon canapé"!

Accès disponible pour les adhérents du CFAR

Le CFAR présente une nouvelle opportunité de FMC : des QCM en ligne à propos des recommandations, RPC, RFE, que vous trouverez en téléchargement au bas de cette page. Le principe est simple : vous choisissez une question qui vous intéresse, vous révisez la recommandation et testez ensuite vos connaissances en ligne. Nous serons prochainement en mesure de vous proposer la même chose à partir d'articles récents des AFAR, qui ont une vocation à servir la FMC.

ACCÈS ADHÉRENT :

Votre identifiant

Mot de passe

[Mot de passe oublié ?](#) OK

Mode d'emploi :

- vous équiper d'une tablette numérique, ou d'un portable
- **vous identifier à l'aide de vos codes d'accès adhérent**
- vous préparer une bonne tasse de thé,
- mettre un fond de musique sympa et... cliquer !

Les QCM en ligne sont liés à des Référentiels scientifiques que vous pouvez télécharger sur notre site internet pour réviser :

- Prise en charge de l'arrêt cardiaque - RFE SFAR 2006
- Anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant - conférence d'experts, SFAR 2005
- Antibioprophylaxie en chirurgie et médecine interventionnelle (patients adultes) - Actualisation SFAR 2010
- Intubation difficile - conférence d'experts, SFAR 2006
- Prise en charge des nausées et vomissements postopératoires - conférence d'experts, SFAR 2007
- Gestion périopératoire des traitements chroniques et dispositifs médicaux - RFE SFAR 2009
- Sécurisation des procédures à risques en réanimation : risque infectieux exclu - RFE SFAR-SRLF 2008
- Prise en charge des surdosages en antivitamines K des situations à risque hémorragique et des accidents hémorragiques chez les patients traités par antivitamines K en ville et en milieu hospitalier - recommandations SFAR-HAS 2008
- Ventilation Non Invasive au cours de l'insuffisance respiratoire aiguë (nouveau-né exclu) - Conf. de Consensus SFAR-SRLF 2006
- Anesthésie ambulatoire : Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire - RFE SFAR 2009

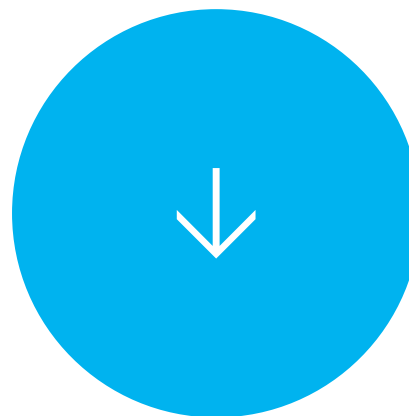
ANNONCE



Le CFAR au congrès JEU au C.N.I.T à Paris la Défense 16/17 Mars 2012

Le CFAR sera présent au congrès des JEU en mars 2012, pour mieux vous servir. Nous serons à votre disposition sur notre stand pour répondre à toutes vos questions concernant la FMC, l'EPP et l'Accréditation. Pour les adhérents engagés dans la procédure d'accréditation, merci de vous munir de vos codes d'accès sur le site internet de la HAS afin que nous puissions vous aider dans votre démarche.

Ateliers gestion de risques :



• Evènements Porteurs de Risques et gestion des risques en anesthésie-réanimation.

Objectifs pédagogiques :

Expliquer ce qu'est l'accréditation.
Discuter avec les experts des difficultés et des bénéfices que peuvent en retirer les praticiens.
Répondre à toutes les questions que se posent les praticiens sur l'accréditation, quel que soit leur mode d'exercice

Vendredi 16 Mars 2012

Salle Ampère 5, niveau A (80 places)
14h00-15h30 : PG. Yavordios, N. Drouet

Samedi 17 Mars 2012

Salle Ampère 5, niveau A (80 places)
13h30-15h00 : J. Tourres, B. Al Nasser

• Comment mettre en place une Revue Morbi-Mortalité ?

Objectifs pédagogiques :

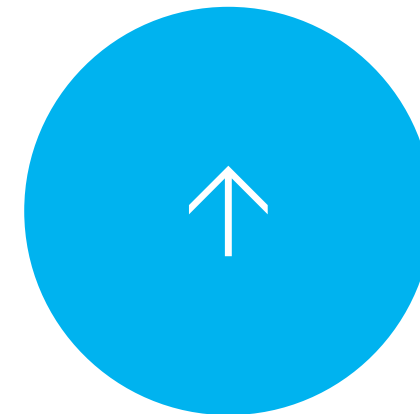
Expliquer le contexte d'incitation à mettre en place une RMM
Expliquer et discuter les difficultés organisationnelles de mise en place
Expliquer et discuter les difficultés de suivi des actions correctrices

Vendredi 16 Mars 2012

Salle Ampère 5, niveau A (80 places)
16h00-17h30 : B. Tavernier, M. Mertes

Samedi 17 Mars 2012

Salle Ampère 5, niveau A (80 places)
15h15-16h45 : G. Romero, I. Verheyde



LES PRIX

→
"FORMATION ET VIE
PROFESSIONNELLE"

• Le Prix "**Formation et Vie Professionnelle**" est attribué à un résumé présenté au Congrès de la SFAR, sélectionné pour sa qualité et son intérêt sur le thème la formation et/ou la vie professionnelle en anesthésie-réanimation.

Ce Prix est récompensé par une bourse de 1500 euros et est remis à l'occasion du Congrès de la SFAR.

Président de Jury: Pr Jean-Étienne Bazin

Lauréat: Dr. Bénédicte NANCY
(CHU de Brest)

Abstract: Evaluation d'un outil d'aide à la prise en charge en anesthésie pédiatrique en milieu non spécialisé.

• Le Prix du "**Meilleur Mémoire du DESAR**" récompense, après une sélection nationale, le travail d'un interne du D.E.S d'anesthésie réanimation ayant soutenu son mémoire de fin de spécialité. Ce Prix est récompensé par une bourse d'un montant de 1500 euros, et sera remis à l'interne lauréat à l'occasion du congrès de la SFAR.

Président de Jury: Pr Benoît Plaud

Lauréat: Dr. Aurélien LEGRAND
(CHU d'Amiens)

Sujet du mémoire: Le diamètre de la gaine du nerf optique mesuré sur le scanner cérébral est un facteur pronostique de mortalité chez le traumatisé crânien en réanimation.

←
"MEILLEUR MÉMOIRE
DU DESAR"

CFAR

Ces deux travaux récompensés sont en ligne sur www.cfar.org



LETTRE INFO N°32 — DÉCEMBRE 2011

COLLÈGE FRANÇAIS DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS

plus d'infos sur : www.cfar.org